

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
14 января 2026 г. № 3

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с реактивным артритом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ревматоидным артритом и другими ревматоидными артритами» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с пирофосфатной артропатией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с недифференцированным артритом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с остеоартрозом (остеоартритом)» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с васкулитами крупных сосудов (неспецифическим аортоартериитом и гигантоклеточным артериитом)» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с дерматомиозитом и полимиозитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью Шегрена» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с ревматической полимиалгией» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с эссенциальным криоглобулинемическим васкулитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с псориатическим артритом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с системной красной волчанкой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с анкилозирующим спондилитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью Стилла» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с рецидивирующим панникулитом Вебера-Крисчена» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с синдромом Фелти» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) со спондилоартритом, ассоциированным с воспалительным заболеванием кишечника» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с подагрой» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с системным склерозом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) со смешанным заболеванием соединительной ткани» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с недифференцированным спондилоартритом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фибромиалгией» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с IgA-ассоциированным васкулитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с узелковым полиартериитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с эозинофильным гранулематозом с полиангиитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с синдромом Гудпасчера» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с гранулематозом с полиангиитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с микроскопическим полиангиитом» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью Бехчета» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острой ревматической лихорадкой» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хронической ревматической болезнью сердца» (прилагается);
клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с вторичным остеопорозом при ревматологических заболеваниях» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

абзац третий пункта 1 приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 мая 2005 г. № 274 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 мая 2012 г. № 522 «Об утверждении клинического протокола диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный комитет
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
14.01.2026 № 3

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с подагрой»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с подагрой (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – М10 Подагра: М10.0 Идиопатическая подагра; М10.1 Свинцовая подагра; М10.2 Лекарственная подагра; М10.3 Подагра, обусловленная нарушением почечной функции; М10.4 Другая вторичная подагра; М10.9 Подагра неуточненная).

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении».

3. Направление пациентов с подагрой для оказания им медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 октября 2025 г. № 137 «О порядке информирования населения об оказании медицинской помощи и направления пациентов для получения медицинской помощи».

4. Для лечения подагры применяются базовые схемы лекарственной терапии, включающие основные фармакотерапевтические группы лекарственных препаратов (далее – ЛП).

5. ЛП и медицинские изделия (далее – МИ) назначаются и применяются в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента (медицинских противопоказаний, аллергологического и фармакологического анамнезов) и клинико-фармакологической характеристики ЛП и МИ.

6. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не утвержденным инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем) и общей характеристикой ЛП (off-label), при этом, дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИКА ПОДАГРЫ

7. Классификация подагры:

7.1. по стадии развития:

бессимптомная гиперурикемия 600 и более мкмоль/л, отсутствие приступов артрита и тофусов;

острый подагрический артрит;

межприступный период – отсутствие острого или обострения хронического артрита на текущий момент времени;

хроническая тофусная подагра, многочисленные тофусы, хронический артрит, эрозии по данным радиологических методов, функциональные нарушения;

7.2. по этиологии:

первичная (идиопатическая) подагра;

вторичная подагра при других заболеваниях и клинических состояниях:

хронические болезни почек (далее – ХБП);

болезни крови;

обширный псориаз;

замедление выведения мочевой кислоты вследствие торможения канальцевой секреции при артериальной гипертензии, микседеме, гиперпаратиреозе, сахарном диабете, гестозе;

лекарственная подагра вследствие приема ЛП (диуретиков (петлевых и тиазидных), филграстима, β -адреноблокаторов, рибавирина, интерферона, ацетилсалициловой кислоты в малых дозах, ритонавира, пиразинамида, этамбутола, дарунавира, никотиновой кислоты, ниацина, диданозина, ритуксимаба, циклоспорина, базиликсимаба, такролимуса, терипаратида, фруктозы, ксилитола, теофиллина, силденафила, леводопы, diaзоксидов, цитотоксических агентов, других);

7.3. по рентгенологической стадии:

1-я стадия – выявляется периартикулярный отек;

2-я стадия – отмечаются депозиты тофусов, эксцентричные или асимметричные узловатые образования в мягких тканях, иногда кальцифицированные;

3-я стадия – выявляется хрящевая или костная деструкция;

4-я стадия – отмечается появление внутрикостных депозитов кристаллов или костных анкилозов.

8. Диагноз подагры устанавливается врачом-ревматологом. При первичном обращении пациента к другим врачам-специалистам для подтверждения диагноза пациент должен быть направлен к врачу-ревматологу.

9. Для постановки диагноза проводятся:

клиническое обследование пациента с уточнением и анализом жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни; объективное обследование с оценкой активности воспалительного процесса и состояния возможных поражений органов, наличия тофусов, оценка интенсивности болевого синдрома в суставах по визуальной аналоговой шкале (далее – ВАШ).

ВАШ представляет собой непрерывную горизонтальную линию длиной 10 см (100 мм) с расположенными на ней двумя крайними точками: «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить».

Пациенту предлагается разместить линию, перпендикулярно пересекающую ВАШ в той точке, которая соответствует его интенсивности боли. С помощью линейки измеряется расстояние (мм) между точками «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить», обеспечивая диапазон оценок от 0 до 100. Более высокий балл указывает на большую интенсивность боли.

На основании распределения баллов применяется классификация: нет боли (0–4 мм), слабая боль (5–44 мм), умеренная боль (45–74 мм), сильная боль (75–100 мм);

обязательные и дополнительные лабораторные и инструментальные исследования; консультации врачей-специалистов.

10. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

общий (клинический) анализ крови (далее – ОАК) с определением скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ) – при постановке диагноза, обострении заболевания или подозрении на развитие осложнений, далее – 2 раза в год;

биохимический анализ крови (далее – БАК) с исследованием уровней мочевой кислоты, креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка, аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ), аспартатаминотрансферазы (далее – АСТ), общего билирубина, С-реактивного белка (далее – СРБ); общего холестерина (далее – ХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (далее – ХС ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (далее – ХС ЛПНП), триглицеридов (далее – ТГ), коэффициента атерогенности (далее – КА), – при постановке диагноза, обострении заболевания (без общего холестерина, липидного профиля, общего белка), подозрении на развитие осложнений (без общего холестерина, липидного профиля и общего белка); далее – 1 раз в год; на этапе подбора дозы урикодепрессантов (уровень мочевой кислоты) – 1 раз в 2 недели;

расчет скорости клубочковой фильтрации (далее – СКФ) – при постановке диагноза, обострении подагры, развитии осложнений, далее – 1 раз в 12 месяцев (в случае наличия хронической болезни почек частота определения проводится в соответствии с клиническими протоколами по ведению пациентов с данной патологией);

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – при постановке диагноза, обострении заболевания, подозрении на развитие осложнений;

обзорная рентгенография пораженных суставов – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

рентгенография органов грудной полости (далее – РОГП) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

электрокардиографическое исследование (далее – ЭКГ) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 6 месяцев;

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) почек – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

УЗИ пораженных суставов – при постановке диагноза, далее – при изменении характера течения заболевания, подозрении на развитие инфекционного артрита;

эхокардиографическое исследование сердца (далее – Эхо-КГ) – при постановке диагноза, далее – 1 раз в 12 месяцев;

УЗИ брахиоцефальных артерий (далее – БЦА) – при постановке диагноза.

11. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

ОАК – 1 раз в 7 дней;

БАК с исследованием уровней общего белка, мочевой кислоты, креатинина, мочевины, глюкозы, АЛТ, АСТ, общего билирубина, СРБ, расчетом СКФ – 1 раз в 7 дней; ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ, КА – однократно (определение уровней ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ, КА не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

исследование уровня гликированного гемоглобина – однократно при постановке диагноза (в условиях областных, (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения), далее – по медицинским показаниям (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

ОАМ – 1 раз в 7 дней;

обзорная рентгенография пораженных суставов – при постановке диагноза и если с момента исследования прошло не менее 12 месяцев;

РОГП – один раз в 12 месяцев (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

ЭКГ – 1 раз в 7 дней;

УЗИ почек – при постановке диагноза, обострении заболевания или развитии осложнений (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

УЗИ суставов – при постановке диагноза, обострении заболевания с целью уточнения причины (исследование не дублируется, если было выполнено на амбулаторном этапе);

Эхо-КГ – при постановке диагноза, далее – 1 раз в год;

УЗИ БЦА – при постановке диагноза; подозрении на развитие осложнений.

12. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторных условиях:

БАК с исследованием уровней щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы (далее – гамма ГТП), калия, натрия, кальция;

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumonia*), микоплазме (*Mycoplasma pneumonia*), COVID-19;

суточное мониторирование артериального давления (далее – СМАД).

13. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования в стационарных условиях:

иммунологическое исследование крови с определением уровней ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному пептиду;

суточная экскреция мочевой кислоты – однократно при постановке диагноза;

исследование синовиальной жидкости (микроскопическое) с определением ее клеточного состава;

исследование синовиальной жидкости и содержимого тофусов в поляризованном свете для верификации кристаллов мочевой кислоты, пирофосфата кальция (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) в синовиальной жидкости при наличии синовита и отсутствии медицинских противопоказаний для проведения артроцентеза (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

молекулярно-биологическое исследование на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) отделяемого из уретры, цервикального канала, ротовой полости – при наличии медицинских противопоказаний для выполнения артроцентеза;

исследование в сыворотке крови уровня антител классов IgM, IgG к хламидиям (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumonia*), микоплазме (*Mycoplasma pneumonia*) – при наличии медицинских противопоказаний для проведения артроцентеза;

посевы крови на стерильность, микрофлору и чувствительность к антибиотикам с определением минимальной подавляющей концентрации (далее – МПК) антибиотика;

исследование в сыворотке крови уровней прокальцитонина;

коагулограмма с исследованием уровней активированного частичного тромбопластинового времени, тромбинового времени, международного нормализованного отношения, фибриногена, D-димеров;

анализ мочи по Нечипоренко;

чреспищеводное Эхо-КГ;

магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) суставов (в областных (г. Минск) и республиканских организациях здравоохранения);

эзофагогастродуоденоскопия (далее – ЭФГДС);

УЗИ органов брюшной полости;

УЗИ артерий и вен нижних конечностей;

стеральная пункция (после консультации врача-гематолога);

биопсия тофуса.

14. Консультации врачей-специалистов осуществляются по медицинским показаниям и включают консультации врача-ревматолога, врача-кардиолога, врача-гематолога, врача-эндокринолога, врача-невролога, врача-нефролога, врача-инфекциониста, врача-реабилитолога.

15. Диагностика подагры осуществляется на основании классификационных критериев подагры согласно приложению 1.

16. Диагноз острого подагрического артрита выставляется на основании диагностических критериев острого подагрического артрита согласно приложению 2.

17. Дифференциальный диагноз при подагре проводится со следующими заболеваниями:

другие микрокристаллические артриты – пирофосфатная артропатия, гидроксипатитная артропатия;

с заболеваниями, которые характеризуются развитием моноартритов – посттравматический артрит, септический артрит, остеомиелит, гемартрозы при гемофилии, остеоартрит коленных суставов и мелких суставов кистей и стоп, асептический некроз;

с реактивными артритами урогенной этиологии; псориатическим артритом.

Возможно сочетание двух заболеваний суставов: ревматоидный, псориатический или другие виды артритов с развитием поражения почек и вторичной подагрой.

ГЛАВА 3

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ

18. Целью лечения подагры является достижение целевых уровней мочевой кислоты, стойкой клинико-лабораторной ремиссии с отсутствием острых приступов подагрического артрита или уменьшением их частоты, отсутствие тофусов или их уменьшение, ремиссия хронического подагрического артрита. Лечение подагры проводится на протяжении всей жизни пациента, основу его составляет лекарственная терапия.

19. Медицинскими показаниями к лечению пациентов с подагрой в стационарных условиях (в ревматологических отделениях; на ревматологических койках в составе других терапевтических отделений больничных организаций) являются:

необходимость верификации диагноза;

невозможность проведения адекватного обследования пациента в амбулаторных условиях вследствие функциональной недостаточности суставов II степени и выше;

в случае выраженного болевого синдрома, не купирующегося в амбулаторных условиях;

в случае тяжелого соматического состояния пациента;

при развившихся инфекционных осложнениях, связанных с вскрытием тофусов;

при отсутствии эффекта от проводимой терапии на амбулаторном этапе.

20. Медицинскими показаниями для лечения пациентов с подагрой в амбулаторных условиях, в условиях отделения дневного пребывания являются:

наличие стойкой гиперурикемии > 600 мкмоль/л три и более месяца в группе пациентов с кардиоваскулярным риском;

наличие межприступного периода подагры;

развитие острого подагрического артрита без выраженной функциональной недостаточности;

наличие хронического подагрического артрита с минимальной активностью воспаления и минимальным или умеренным болевым синдромом, который оценивается по ВАШ в соответствии с пунктом 9.

21. Нестероидные противовоспалительные препараты (далее – НПВП):

21.1. НПВП для парентерального применения используются при выраженном болевом синдроме в течение 3–5 суток:

диклофенак, раствор для внутримышечного введения (раствор для инъекций), 25 мг/мл; 3 мл; 75 мг 1 раз в сутки, внутримышечно, до 3 суток;

или мелоксикам, раствор для внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 1,5 мл; внутримышечно, 1 раз в сутки;

или теноксикам, порошок лиофилизированный для приготовления раствора; порошок для приготовления раствора; для внутривенного и внутримышечного введения 10 мг/мл; 20 мг, внутримышечно, 1 раз в сутки;

или лорноксикам, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, 8 мг; внутримышечно, 1 раз в сутки;

или кетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций)/концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл, 2 мл, внутримышечно, 1–2 раза в сутки;

или дескетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для внутримышечного введения, для инъекций)/концентрат для приготовления раствора для инфузий 25 мг/мл 2 мл, внутримышечно или внутривенно 2–3 раза в сутки (не более двух суток);

диклофенак, раствор для внутримышечного введения (раствор для инъекций), 25 мг/мл; 3 мл; 75 мг 1 раз в сутки, внутримышечно, до 3 суток;

или мелоксикам, раствор для внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 1,5 мл; внутримышечно, 1 раз в сутки 3–5 суток;

21.2. НПВП для приема внутрь применяются при остром приступе подагры с минимальным или умеренным болевым синдромом в субмаксимальных и максимальных дозах на этапе купирования острого подагрического артрита с максимальным смещением суточной дозы препарата к началу приступа:

ацеклофенак, таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг или капсулы, 100 мг; или порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг в пакетиках, внутрь; по 100 мг 1–2 раза в сутки;

или диклофенак, таблетки, покрытые оболочкой (покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 25 мг; 50 мг; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой (таблетки замедленного высвобождения, таблетки ретард, покрытые оболочкой), 100 мг; внутрь, по 25–50 мг 3 раза в сутки или по 100 мг (таблетки ретард) 1 раз в сутки;

или мелоксикам, таблетки 7,5 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 15 мг, внутрь, по 7,5–15 мг 1 раз в сутки;

или нимесулид, таблетки 100 мг или порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь, 100 мг в пакетах внутрь по 100 мг 1–2 раза в сутки;

или целекоксиб, капсулы 100 мг; 200 мг, внутрь по 100–200 мг 2 раза в сутки;

или этодолак, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг, внутрь, по 400 мг 2 раза в сутки;

или напроксен, таблетки покрытые оболочкой, 550 мг или капсулы 100 мг; 200 мг, внутрь 550–1100 мг 2 раза в сутки;

или эторикоксиб, таблетки, покрытые оболочкой 60 мг; 90 мг, внутрь по 60–120 мг 1 раз в сутки;

или ибупрофен, таблетки покрытые оболочкой 200 мг; 400 мг или капсулы 200 мг; 400 мг, внутрь 200–400 мг 2–3 раза в сутки;

или индометацин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (капсулы), 25 мг или таблетки (капсулы) пролонгированного действия 75 мг, внутрь по 25–50 мг 3 раза в сутки или по 75–150 мг пролонгированного действия 1 раз в сутки;

или лорноксикам, таблетки покрытые оболочкой, 8 мг; внутрь, по 8 мг 1 раз в сутки;

или кетопрофен, капсулы 25 мг; 50 мг; внутрь по 50 мг 3 раза в сутки; таблетки покрытые оболочкой форте 100 мг; внутрь 1 раз в сутки; капсулы с медленным высвобождением, 150 мг; внутрь, 1 раз в сутки;

21.3. НПВП для наружного применения назначаются в период снижения выраженности боли и воспаления, при минимальной активности хронического подагрического артрита, на срок не более 14 суток с последующим перерывом на несколько дней у пациентов со значительным числом коморбидных заболеваний и состояний, ограничивающих применение НПВП внутрь или парентерально:

ацеклофенак, крем для наружного применения 1,5 мг/г: наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза в сутки;

диклофенак, крем для наружного применения 1 мг/г: наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза в сутки;

ибупрофен, мазь, для наружного применения 50 мг/г наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза в сутки;

нимесулид, гель для наружного применения 10 мг/г наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 3 раза в сутки;

кетопрофен гель 25 мг/г, наносить тонким слоем на пораженный участок сустава (периартикулярных структур) 1–3 раза в сутки;

22. Ингибиторы H⁺ –K⁺ –АТФ-азы применяются при наличии факторов риска НПВП гастропатии или ее развитии:

омепразол, капсулы кишечнорастворимые, 20 мг; капсулы 10 мг; внутрь, по 20 мг в сутки;

или рабепразол, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг, внутрь, по 20 мг 1 раз в сутки;

или лансопразол, капсулы кишечнорастворимые, 15 мг; капсулы 30 мг внутрь по 15–30 мг в сутки в 1 прием;

или пантопразол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 40 мг, внутрь, по 20 мг 1 раз в сутки;

или эзомепразол, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг или капсулы кишечнорастворимые, 20 мг; 40 мг, внутрь по 40 мг 1 раз в сутки.

23. Для купирования приступов острого подагрического артрита используется противовоспалительное средство колхицин:

колхицин, таблетки, покрытые оболочкой, 0,5 мг, внутрь; по схеме – 1 мг при появлении симптомов – 0,5 мг через 1 и 12 часов, далее по 0,5 мг каждые 12 часов до полного купирования симптомов.

При затяжных приступах, необходимости подбора дозы урикодепрессантов длительность приема колхицина составляет 3 месяца и более.

При хроническом подагрическом артрите, невозможности применения НПВП длительность приема определяется индивидуально; для медицинской профилактики приступа артрита доза 0,5 мг 1–2 раза в сутки; максимальная разовая доза 1,5 мг, максимальная суточная доза составляет 4–6 мг.

24. Для купирования приступов подагрического артрита при неэффективности/непереносимости НПВП и колхицина или наличии медицинских противопоказаний к их назначению используют глюкокортикоиды (далее – ГК):

24.1. ГК для системного применения используют в больничных организациях, в отделениях дневного пребывания амбулаторно-поликлинических организаций при высокой активности воспалительного процесса, олиго- или полисуставном характере поражения при неэффективности/непереносимости НПВП, колхицина или наличии медицинских противопоказаний к их назначению или с целью быстрого купирования болевого синдрома в течение 3–5 суток с последующим переходом на прием ГК внутрь:

метилпреднизолон, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 125 мг; 250 мг; 500 мг; 1000 мг; применяют внутривенно капельно по 125 мг; или 250 мг/сутки в течение 3–5 дней до купирования проявлений острого артрита;

24.2. ГК для приема внутрь применяют при неэффективности/непереносимости колхицина и НПВП или наличии медицинских противопоказаний к их назначению при умеренном болевом синдроме, а также после внутривенного введения ГК. Доза, режим дозирования, длительность применения, темп снижения дозы определяются с учетом активности артрита, стадии заболевания, коморбидных заболеваний и состояний:

метилпреднизолон, таблетки, 4 мг; 8 мг, 16 мг, 32 мг внутрь, в дозе 12–16 мг/сутки в первой половине дня в 1–2 приема с распределением дозы в течение суток – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед в течение 3–5 дней до купирования приступа острого подагрического артрита, далее доза снижается постепенно на 4 мг 1 раз в 5–7 дней до полной отмены

или преднизолон, 5 мг, таблетки; внутрь, 15–20 мг/сутки в 1–2 приема в первой половине дня с распределением дозы в течение суток – 2/3 дозы в ранние утренние часы, 1/3 дозы в обед в течение 3–5 дней до купирования приступа острого подагрического артрита, далее доза снижается постепенно на 5 мг 1 раз в 5–7 дней до полной отмены.

При развитии обострения подагры на фоне снижения дозы ГК снижение прекращают, возвращаются на дозу, предшествующую обострению, и замедляют темп снижения;

24.3. ГК для внутрисуставного (внутримышечного) введения применяются при моно-, олигоартритах при слабом и умеренном болевом синдроме при неэффективности/непереносимости или наличии медицинских противопоказаний к назначению НПВП и колхицина:

бетаметазон (бетаметазона дипропионат/бетаметазона натрия фосфат), суспензия для инъекций (5 мг + 2 мг)/1 мл; внутрисуставно в большие суставы 1–2 мл; в средние – 0,5–1 мл; в малые – 0,25–0,5 мл; внутримышечно по 1–2 мл 1 раз в 3 недели однократно.

25. Для пациентов с наличием медицинских противопоказаний для назначения НПВС, колхицина, ГК или их неэффективности, при сильном болевом синдроме назначают опиоиды, их аналоги:

трамадола гидрохлорид, таблетки, 50 мг; 100 мг; капсулы, 50 мг, начальная доза 50 мг 2–3 раза в сутки с подбором дозы до эффективной 150–200 мг в сутки в течение 2–3 недель с постепенной отменой.

26. Генно-инженерные иммунобиологические препараты показаны для лечения острых приступов подагрического артрита и предупреждения развития новых приступов, при невозможности или неэффективности НПВС и ГК по назначению врачебного консилиума в специализированных ревматологических отделениях:

блокатор интерлейкина-1 канакинумаб, лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения, 150 мг во флаконах, вводится подкожно взрослым 150 мг во время приступа подагрического артрита одномоментно.

27. ЛП, снижающие уровень мочевой кислоты, – урикодепрессанты и урикозурики. Назначаются с целью предупреждения образования и растворения образовавшихся кристаллов моноурата натрия за счет поддержания уровня мочевой кислоты ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (< 360 мкмоль/л):

27.1. урикодепрессанты, препараты, подавляющие синтез мочевой кислоты:

аллопуринол, таблетки 100, 150, 300 мг, внутрь, для длительного приема, назначается в исходно низкой дозе – 25–50 мг, доза увеличивается каждые 2–4 недели под контролем уровня мочевой кислоты, особенно у пациентов с почечной недостаточностью, при наличии почечной недостаточности доза должна корректироваться;

febуксостат, таблетки, покрытые оболочкой, 80 мг, 120 мг, внутрь, для длительного приема, назначается в исходно низкой дозе – 20–40 мг, увеличение дозы каждые 2–4 недели под контролем уровня мочевой кислоты до выбора индивидуально эффективной дозы для удержания целевых уровней мочевой кислоты, тщательный контроль нежелательных реакций у пациентов с коморбидной сердечно-сосудистой патологией (ишемическая болезнь сердца);

27.2. урикозурики – препараты, усиливающие выведение мочевой кислоты (для пациентов с сохраненной функцией почек с усиленным синтезом и низким выведением при недостаточной эффективности урикодепрессантов):

бензбромарон, таблетки 100 мг, начальная доза 50 мг/сутки, может быть увеличена до 100 мг при недостаточном снижении уровня мочевой кислоты, максимальная суточная доза 200 мг. Длительность лечения определяется индивидуально в каждом случае;

лезинурад, таблетки 200 мг, покрытые пленочной оболочкой, принимаются утром во время завтрака 200 мг, одновременно с утренней дозой аллопуринола, соблюдая питьевой режим в течение суток до 2–2,5 литров, максимальная суточная доза 200 мг;

28. ЛП, ощелачивающие мочу (для пациентов с риском образования уратных камней, выраженной урикозурией, принимающих урикозурики):

цитратно-бикарбонатные смеси, назначаются индивидуально подобранных дозах для достижения рН мочи 6,5–7,0 на 2–4 недели. Курсы могут повторяться.

ГЛАВА 4

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОДАГРЫ. ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

29. Немедикаментозные методы лечения подагры:

29.1. лечебная физкультура (далее – ЛФК) назначается пациенту в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях. Направление на ЛФК осуществляет врач-ревматолог или врач-терапевт (врач общей практики);

29.2. физиотерапевтическое лечение назначается в амбулаторных и стационарных условиях по направлению врача-ревматолога или врача-терапевта (врача общей практики) после консультации врача-физиотерапевта при отсутствии медицинских противопоказаний и включает применение ультразвука, лазерного излучения, тепловых и магнитных импульсов, ультрафиолетового облучения, электрофореза лекарственных веществ, фонофореза с ГК, ударно-волновой терапии, диадинамотерапии, пелоидотерапии, озокеритовых и парафиновых аппликаций, бальнеолечения (хлоридно-натриевые, сухие углекислые, радоновые, сероводородные, железистые, бром-йодные ванны), талассотерапии. Продолжительность курса физиотерапевтического лечения определяется врачом-физиотерапевтом;

29.3. диета, направленная на ограничение употребления продуктов, богатых пуринами (красное мясо, субпродукты, жирная рыба, наваристые бульоны), алкоголь (особенно пиво) и напитки с фруктозой, а также переработанное мясо, дрожжи, соленья, острые специи, сдобу и некоторые ягоды (малина) и овощи (шпинат, щавель, редька) и нормализацию массы тела;

29.4. при проведении медицинской реабилитации пациенту заполняется (составляется) индивидуальная программа медицинской реабилитации, абилитации пациента по форме, установленной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. № 77 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы», или план медицинской реабилитации, медицинской абилитации пациента.

30. Возможные исходы заболевания:

купирование артрита, нормализация уровней мочевой кислоты, отсутствие тофусов; стабилизация течения, медленное прогрессирование заболевания с единичными приступами острого подагрического артрита в течение года, единичными тофусами на фоне адекватной терапии;

быстрое прогрессирование заболевания с неконтролируемой гиперурикемией, множественными тофусами, мочекаменной болезнью;

развитие инфекционных осложнений – сепсис;

развитие острых сердечно-сосудистых катастроф – инфаркт миокарда, инсульт;

смерть от сердечно-сосудистых, почечных (терминальная ХБП) осложнений.

31. Профилактика подагры (вторичная) включает:

лекарственную терапию (урикодепрессанты, урикозурики);

поддержание нормальной массы тела;

отказ от курения;

контроль гиперлипидемии и дислипидемии;

контроль уровня артериального давления;

контроль гипергликемии;

своевременную диагностику и адекватную терапию коморбидных заболеваний.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

32. Медицинское наблюдение пациентов с подагрой в амбулаторно-поликлинических организациях осуществляется врач-терапевт (врач общей практики) при консультативной поддержке врача-ревматолога.

33. На этапе подбора дозы урикодепрессантов (аллопуринол, фебуксостат) клинический осмотр проводится один раз в две недели с контролем уровня мочевой кислоты до достижения целевых значений – 360 мкмоль/л.

34. После установления диагноза и достижения целевых уровней мочевой кислоты 1 раз в 6 месяцев проводятся:

клинический осмотр;

ОАК, ОАМ, БАК с исследованием уровней СРБ, АсАТ, АлАТ, мочевины, креатинина, мочевой кислоты, общего белка, билирубина, глюкозы, с расчетом СКФ;

ЭКГ;

консультация врача-ревматолога.

35. 1 раз в 12 месяцев проводятся:

клинический осмотр;

ОАК, ОАМ, БАК с исследованием уровней ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ, КА;

УЗИ почек;

УЗИ брахиоцефальных сосудов;

Эхо-КГ;

СМАД (по медицинским показаниям);

РОГП;

рентгенография пораженных суставов (в случае прогрессирования поражения суставов).

Приложение 1

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с подагрой»

Классификационные критерии подагры (ACR/EULAR, 2015 г.)

№ п/п	Критерии	Описание критерия	Баллы*
1	Шаг 1. Критерий включения	Наличие хотя бы одного эпизода отека, болезненности или повышенной чувствительности в периферическом суставе	
2	Шаг 2. Достаточный критерий (если выявлен, можно классифицировать состояние как подагру без использования остальных классификационных критериев)	Обнаружение кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости или тофусе	
3	Шаг 3. Прочие критерии (используются в случае отсутствия достоверных критериев, которые в баллах не оцениваются)		
3.1	Вовлечение суставов во время типичного острого приступа подагры		
3.1.1	Вовлечение суставов во время типичного острого приступа подагры	Голеностопный сустав либо суставы средней части стопы (моно- или олигоартрит без вовлечения первого плюснефалангового сустава)	1
3.1.2	Вовлечение суставов во время типичного острого приступа подагры	Первый плюснефаланговый сустав (моно- или олигоартрит)	2
4	Особенности типичного острого приступа подагры		
4.1	Особенности типичного острого приступа подагры	Эритема, над пораженным суставом во время типичного острого приступа подагры (сообщается пациентом либо фиксируется врачом)	1
4.2	Особенности типичного острого приступа подагры	Невозможность прикосновения либо надавливания на область пораженного сустава во время типичного острого приступа	1

4.3	Особенности типичного острого приступа подагры	Значительные трудности при ходьбе или неспособность производить движения в пораженном суставе во время типичного острого приступа	1
5	Динамика типичного острого приступа Наличие ≥ 2 признаков, независимо от противовоспалительной терапии:		
5.1	Продолжительность болевого приступа < 24 часов	1 типичный приступ	1
5.2	Разрешение симптомов в течение ≤ 14 дней	Рецидивирующие типичные приступы	2
5.3	Полная регрессия симптоматики (до исходного уровня между эпизодами)		2
6	Клинические признаки тофуса		
6.1	Узел с наличием отделяемого или мелообразный под прозрачной кожей, часто васкуляризованный, с типичной локализацией: суставы, уши, бурса локтевого отростка, подушечки пальцев, сухожилия	Представлены	4
7	Лабораторные изменения		
7.1	Уровень мочевой кислоты (определяется в тот промежуток времени, когда пациент не получает препараты, снижающие уровень мочевой кислоты)	$< 0,24$ ммоль/л	-4
		$0,36 - < 0,48$ ммоль/л	2
		$0,48 - < 0,60$ ммоль/л	3
		$\geq 0,60$ ммоль/л	4
7.2	Анализ синовиальной жидкости		
7.2.1	Выявление кристаллов моноурата натрия	Отрицательный результат	-2
8	Методы диагностической визуализации		
8.1	Признаки наличия депонирования уратов		
8.1.1	Ультразвуковой феномен «двойного контура» или признаки депонирования уратов при использовании метода КТ с двумя источниками излучения	Представлены	4
8.1.2	Рентгенологические признаки связанного с подагрой поражения сустава		
8.1.3	Обнаружение по меньшей мере 1 эрозии на рентгенограмме кистей и (или) стоп	Представлены	4

* Максимально возможное количество баллов – 23. Для достоверного диагноза подагры достаточно 8 и более баллов.

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население)
с подагрой»

Диагностические критерии острого подагрического артрита (S.Wallace с соавт. (1977 г.) в модификации ВОЗ (2000 г.))

- Наличие характерных кристаллов моноурата натрия в суставной жидкости.
- Наличие тофусов, содержание кристаллов мочевой кислоты в которых подтверждено химически или поляризационной микроскопией.
- Наличие не менее чем 6 из 12 признаков:
более одной атаки острого артрита в анамнезе;
максимальное воспаление сустава в 1-й день болезни;
моноартрит;
гиперемия кожи над пораженным суставом;
припухание и боль в первом плюснефаланговом суставе;
одностороннее поражение первого плюснефалангового сустава;
одностороннее поражение суставов стопы;

подозрение на тофусы;
гиперурикемия;
асимметричный отек суставов;
субкортикальные кисты без эрозий (рентгенография);
отрицательные результаты при посеве синовиальной жидкости.

Для определенного диагноза достаточно выявление кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости или тофусах (пункты 1 и 2 критериев).

При невозможности указанных исследований диагноз должен быть обоснован наличием совокупности клинических, лабораторных и инструментальных признаков (пункт 2 критериев) – не менее 6 из 12.